

### INTRODUCCIÓN

La ECV, generalmente se debe a la combinación de varios factores de riesgo. La enfermedad subyacente es habitualmente la aterosclerosis, que se desarrolla silenciosamente a lo largo de muchos años y suele estar avanzada cuando aparecen los síntomas<sup>4</sup>. La aparición epidémica de las ECV está estrechamente asociada con hábitos de vida y factores de riesgo modificables<sup>2</sup>.

Definimos factores de riesgo (FR) cardiovascular aquellos signos biológicos o hábitos adquiridos, presentes con mayor frecuencia en los pacientes con cardiopatía isquémica (CI)<sup>5</sup>. Hay que tener muy presente que el hecho de haber tenido ya manifestaciones clínicas de enfermedad aumenta el riesgo de volver a padecer otro acontecimiento cardíaco 5 ó 6 veces más que el riesgo de tener el primer episodio<sup>5</sup>.

Dentro de esta clasificación existen unos FR cuya presencia eleva exponencialmente el riesgo de desarrollar una ECV<sup>2,1</sup>. Dentro de ellos destacan<sup>2,1</sup>:

Colesterolemia total:

- Colesterolemia de lipoproteínas de baja densidad.
- Colesterolemia de lipoproteínas de alta densidad.
- Hipertrigliceridemia.

En cuanto a los grupos específicos a los que dirigir la estrategia de alto riesgo son, en orden decreciente de riesgo<sup>1,2</sup>.

- Pacientes con enfermedad arteriosclerótica establecida.
- Personas sin diagnóstico de enfermedad arteriosclerótica pero expuestas a un alto riesgo de sufrirla por presentar una combinación de los factores de riesgo (FR) tradicionales (tabaquismo, presión arterial elevada, dislipemia, glucemia elevada o historia familiar de enfermedad coronaria) o alteraciones muy acusadas en alguno de ellos (dislipemias o hipertensión severas o diabetes).
- Familiares en primer grado de pacientes que han sufrido manifestaciones clínicas de la enfermedad arteriosclerótica a edad temprana.

La prevalencia de hipercolesterolemia en la población española es alta. En personas de 35-64 años de edad, el 18-20% tiene una colesterolemia igual o superior a 250 mg/dl, y más del 50% igual o superior a 200 mg/dl<sup>20-22</sup>.<sup>1,4</sup>

Los lípidos séricos que pueden indicar cuál es el riesgo del paciente son:<sup>6</sup>

- El colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (LDL).
- Colesterol ligado a las lipoproteínas de alta densidad (HDL).
- Triglicéridos (TG).

Las concentraciones séricas de LDL y HDL son unos buenos indicadores del riesgo cardiovascular<sup>6,5,1</sup>.

- Las lipoproteínas de baja densidad, transportan el colesterol a los tejidos. Las concentraciones elevadas del LDL se asocian estrechamente a la CI.

Un descenso del LDL, podría prevenir más episodios isquémicos en pacientes de alto riesgo, que en el resto de la población.

- Las lipoproteínas de alta densidad transportan el LDL desde los tejidos, hasta el hígado para regular la producción y excreción del colesterol (vienen a ser los barrereros del colesterol en las arterias, reducen la presencia de colesterol LDL en las arterias).

Una concentración alta de HDL (60 mgr/dl o mayor) se considera un factor protector frente a la CI.

Una cifra menor de 35 mgr/dl indica un mayor riesgo cardiovascular.

Una disminución del 1% del HDL representa un aumento del riesgo de enfermedad coronaria del 3-4%

- Los triglicéridos son la forma en que la grasa y el exceso de hidratos de carbono se fijan en el cuerpo. Una elevada concentración de triglicéridos en algunas personas afectadas de diabetes está asociada a la presencia de CI, independientemente de la cifra de HDL.

Los últimos estudios han demostrado que los TG son un factor de riesgo independiente para la CI, al asociarse con un incremento de riesgo cardiovascular de un 30% en el varón y hasta un 75% en la mujer.

## DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

- El objetivo de la prevención secundaria de la CI es reducir la mortalidad y los acontecimientos CV.

## ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA<sup>1,2,3,7,8</sup>

Control de los factores de riesgo: Hipercolesterolemia

Modificaciones de la alimentación:

La dieta alimenticia es un importante determinante de padecer enfermedad coronaria. Una dieta sana y equilibrada reduce el riesgo a través de varios mecanismos:

- Disminución de peso.
- Disminución presión arterial.
- Mejora del perfil lipídico plasmático.
- Control de la glucemia.
- Reducción de la predisposición a la trombosis.

El Diplomado en Enfermería puede desarrollar una gran labor en cuanto a la prevención de la enfermedad.

Hay que educar al paciente, informándole de la importancia de la enfermedad, de los factores que pueden agravarla o favorecerla y de los que se pueden evitar.

Informar a cerca de la relación directamente proporcional entre tasa de colesterol y CI.

**Aconsejar:**

- Reducción de grasas de origen animal (mantequilla, yema de huevos, grasa de cerdo...), pues son ricas en LDL.
- Incorporar grasas de origen vegetal (aceites de maíz, soja, de oliva, margarinas vegetales...) ricas en ácidos grasos no saturados.
- La dieta debe ser variada y proporcionar una ingesta calórica adecuada para el mantenimiento del peso ideal.
- Los alimentos cuyo consumo debe fomentarse son los siguientes: frutas y verduras, cereales y panes integrales, productos lácteos bajos en grasa, pescado, carne magra y aceite de oliva.  
El aceite de oliva, es un buen protector de la enfermedad coronaria, pues disminuye el colesterol total y LDL, aumentando el HDL. Contiene, también gran cantidad de antioxidantes, sobre todo vitamina E.
- El aceite de pescado y los ácidos grasos omega 3 poseen propiedades protectoras específicas. Los pescados azules disminuyen la concentración de TG y LDL, aumentando el HDL.
- La ingesta total de grasa no debería sobrepasar el 30% de la ingesta calórica total y la de ácidos grasos saturados no debería exceder un tercio de la ingesta total de grasa. La ingesta de colesterol debería mantenerse por debajo de los 300 mg/día.
- En una dieta isocalórica, la grasa saturada puede reemplazarse en parte con hidratos de carbono complejos y en otra parte por ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados procedentes de alimentos de origen vegetal y pescado.
- La ingesta de productos vegetales puede tener un efecto positivo en la prevención cardiovascular, a través de un incremento de la ingesta de fibra y de diversas sustancias antioxidantes.
- Por lo que a la prevención cardiovascular se refiere, parece más importante el tipo de grasa consumida que la cantidad total, cuyo límite superior podría situarse entre el 30 y el 35% de la ingesta calórica total, siempre que exista un claro predominio de los ácidos grasos monoinsaturados. Puesto que parece poco probable eliminar la grasa saturada de una dieta nutricionalmente equilibrada, lo más aconsejable sería mantener un consumo lo más bajo posible (< 7% de la ingesta calórica total), tratar de eliminar o reducir al mínimo la ingesta de grasas hidrogenadas y estimular la ingesta de grasa monoinsaturada, procedente del aceite de oliva, y ácidos grasos esenciales, particularmente los omega 3, procedentes de pescado.
- Los hidratos de carbono pueden aumentar los TG y el LDL y pueden disminuir las concentraciones de HDL. Por ello se recomienda limitar el consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono de absorción rápida, sin disminuir el aporte

te de hidratos de carbono complejos. Sustituir las harinas refinadas (blancas), por integrales. El aporte calórico debe representar el 55- 60% de la dieta.

- La fibra alimentaria tiene una importante aplicación en los pacientes diabéticos y en los problemas intestinales, y cada vez se conoce mejor su papel beneficioso en la colesterolemia, con disminuciones del LDL de un 4-10%.
- En resumen, la dieta mediterránea, que se caracteriza por la abundancia de productos frescos de origen vegetal (frutas, verduras, cereales, patatas, frutos secos, etc.), la escasez de productos ricos en azúcares refinados y carnes rojas, la presencia del aceite de oliva como la principal fuente de grasa y la ingesta de queso, yogur, pollo y pescado en cantidades moderadas, constituye un patrón de alimentación saludable, considerado ideal para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

### ARGUMENTOS CLAVE

- Hay suficiente evidencia del papel causal del colesterol en la CI y aconsejan la reducción de estas concentraciones en pacientes hipercolesterolémicos<sup>1,2</sup>.
- Las concentraciones de colesterol han demostrado su correlación con la cardiopatía coronaria<sup>1,2</sup>.
- El riesgo de sufrir una ECV, se eleva de forma apreciable cuando la concentración de colesterol es superior a 250 mgr/dl, y de forma más abrupta, cuando sus valores superan los 300 mgr/dl<sup>1,2,4</sup>.
- La modificación de factores de riesgo ha demostrado de forma inequívoca que reduce la mortalidad y la morbilidad, especialmente en personas con ECV diagnosticada o no<sup>1,2,3,5</sup>.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Tercer Grupo de Trabajo de las Sociedades europeas y otras sociedades sobre prevención cardiovascular en la práctica clínica. Eur Herat j. 2003; 24: 1601-10.
2. Guía de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca; José A Velasco et. Al. Rev. Esp. Cardiología 2000; 53: (1095- 1120).
3. La arterioesclerosis, Francisco Belchi Rosique. Rev. Enferm. Científica; 56: 4-11, año 1986.
4. Estudios de lípidos y lipoproteínas séricas en relación con la situación cardiocirculatoria, en pacientes mayores de setenta años; Blasco Valle, M; Boada Apilluelo, E; et. Al. Rev. Enfermería Científica 1988, 81: 4-10.
5. Factores de riesgo coronario, Iglesias Cubero, G; Rodríguez Reguero, J; Barriales Álvarez, V. Revista: Med. Clínica (19954), 104 (4): 142- 147.
6. Fármacos hipolipemiantes. Kuncl, Nancy y Nelson, Kent M. Revista Nursing 2001, 19(1): 32-33.
7. Dieta y enfermedades cardiovasculares. León Hernández, MC; Hardisson de la Torre, A; Sierra, A y Doreste, JL. Revista Alimentaria 265: 19-24. 1995 septiembre.